



CLASSIFICATIONS SYNDROMIQUES ET CLASSIFICATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES : MALADIE ET SUJET

Guy Gimenez, Jean-Louis Pardinielli, P. Bretagne

► To cite this version:

Guy Gimenez, Jean-Louis Pardinielli, P. Bretagne. CLASSIFICATIONS SYNDROMIQUES ET CLASSIFICATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES : MALADIE ET SUJET. *L'Information Psychiatrique*, 1999, Maladie et Sujet 75 (3), pp.289-295. hal-01382501

HAL Id: hal-01382501

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01382501>

Submitted on 17 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CLASSIFICATIONS SYNDROMIQUES ET CLASSIFICATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES : MALADIE ET SUJET

RÉSUMÉ

Psychiatrie et psychologie clinique sont confrontées au double problème de décrire des maladies et de rendre compte du fonctionnement psychique et de l'évolution d'un patient au cours de son histoire et de la thérapie. Les classifications *syndromiques* sont essentielles pour fournir des informations sur la nature, l'origine et le développement des troubles et peuvent posséder une valeur prédictive. A l'inverse, les classifications *typologiques* souvent issues des théories psychodynamiques ou phénoménologiques permettent de mieux étudier l'évolution d'un sujet dont on ne dira plus qu'il a une psychose mais qu'il est psychotique. L'opposition entre ces classifications et ces langages doit être discutée sur les plans épistémologique, psychopathologique et pragmatique.

Mots clés : Psychopathologie — Nosologie — Classifications — Taxinomie — Typologie — DSM — CIM — Structure.

SUMMARY

Syndromic classifications and psychopathological classifications: illness and subject. Psychiatry and clinical psychology are confronted with the dual problem of describing illnesses and giving an account of the psychic functioning and evolution of a patient throughout his history and therapy. Syndromic classifications are essential for furnishing information on the nature, origin and development of disorders and can have a predictive value. Conversely, typological classifications often stemming from psychodynamic or phenomenological theories allow us to study more closely the subject's evolution; he is no longer referred to as suffering from a psychosis but as being psychotic. The opposition of these classifications and these languages must be discussed on epistemological, psychopathological and pragmatic levels. Key words: Psychopathology — Nosology — Classifications — Taxonomy — Typology — DSM — CIM — Structure.

1. Professeur de Psychopathologie EA «Psychologie et Psychopathologie Cliniques», UFR de Psychologie, Université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence Cedex 1. E-Mail : clinic@aixup.univ-aix.fr
2. Psychiatre des Hôpitaux, Praticien Hospitalier, CHD de Castelluccio, BP 85, 20176 Ajaccio.
3. Maître de Conférences EA « Psychologie et Psychopathologie Cliniques », UFR de Psychologie, Université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence Cedex 1. E-Mail : patho@aixup.univ-aix.fr

L'histoire des classifications en psychiatrie et leur situation actuelle (Lanteri-Laura [15]) sont marquées par deux dimensions essentielles : l'histoire des rapports entre les perspectives descriptives et les approches explicatives (Huber [13]), l'apparition du DSM-III et de ses versions successives qui a lourdement pesé dans le débat entre ces deux perspectives. Mais l'usage d'une classification est aussi relatif à un type de pratique ou de compétence institutionnelles. La psychiatrie, la psychologie clinique et la psychopathologie sont ainsi confrontées - entre autres exigences - au double problème de *décrire* des maladies et de *rendre compte* du fonctionnement psychique ainsi que de l'évolution d'un patient au cours de son histoire et au cours de la thérapie.

PRINCIPES DES CLASSIFICATIONS

Les classifications psychiatriques (Foucault [6, 7]) visent naturellement à donner une représentation ordonnée de phénomènes naturels et/ou sociaux et/ou psychologiques, c'est-à-dire à établir des différences entre la normalité et des états pathologiques, à regrouper ces derniers en catégories, ce qui implique qu'il puisse exister des proximités entre des états et donc des critères de distinction, la pathologie pouvant être conçue comme un phénomène continu ou bien comme une juxtaposition de formes spécifiques. Les noms des maladies sont, dans cette perspective nominaliste, l'équivalent de concepts, c'est-à-dire des règles d'ordination. Mais, plus concrètement, une classification sert aussi à *nommer* un état, à *prévoir* son cours, à *indiquer* une forme d'action (thérapeutique ou réhabilitation), à communiquer entre spécialistes et à *définir* clairement les objets empiriques sur lesquels porteront les activités de recherche. Les éléments de toute classification servent donc de base à des jugements (*diagnostic*), à des argumentations (*discussion*), c'est-à-dire à des raisonnements généralement inductifs (non démonstratifs) reposant sur les principes de la logique naturelle et s'apparentant à ce que l'on nomme raisonnement inductif par abduction (George [12]).

La pratique quotidienne peut consister pour une part à établir une relation entre un individu singulier et les catégories générales, à inférer un cours de son trouble, à proposer une intervention thérapeutique et à interpréter son évolution : si un sujet présente une discordance et un automatisme mental, on infèrera, par comparaison avec le tableau des schizophrénies, recherche des autres signes et exclusion des autres diagnostics, qu'il est probablement « porteur » d'une schizophrénie et qu'à ce titre l'évolution du trouble est chronique et qu'il convient de lui proposer une prise en charge associant chimiothérapie, réhabilitation et psychothérapie. Il reste que le diagnostic et le suivi

au long cours d'un patient dans une relation étroite (psychothérapie) ne nécessitent pas forcément les mêmes outils, car ils ne se fondent pas obligatoirement sur le même type de démarche ou de sémiotique. Il faut en effet savoir si le malade est simplement « porteur » d'une maladie, d'un trouble à gérer ou si le projet est de comprendre un individu.

La recherche se partage, elle aussi, en une recherche inductive-nomologique (qui vise à dégager des lois, des relations stables entre les phénomènes) et une recherche naturaliste (qui se propose de montrer certains faits psychiques et d'étudier les éléments de la constitution et de l'action d'un sujet). Le problème n'est pas neuf. Piaget, Wallon, Vygotsky (Bideau et al. [4]), pour la psychologie de l'enfant, ont avant tout procédé avec une méthode clinique sensible à la dimension individuelle et à l'interaction alors que les recherches sur l'apprentissage social vont segmenter au maximum les variables de manière à dégager des lois dont la validité est incontestable mais l'heuristique faible. La recherche nomologique a besoin de catégories stables alors que la clinique naturaliste et les recherches qui en sont issues souhaitent aborder le problème dans sa totalité.

Le champ psychiatrique français est traversé par deux types de classifications depuis fort longtemps, même si les classifications elles-mêmes ont varié. D'un côté on rencontre les classifications *syndromiques* dont les versions actuelles du DSM et la CIM sont des représentants, de l'autre les classifications psychopathologiques *étiologiques* comme les différentes nosographies psychanalytiques ou phénoménologiques. Il n'est qu'à lire les travaux récents pour se rendre compte que ces deux types de classifications coexistent, parfois conflictuellement, utilisent certains mots identiques et se réfèrent à des conceptions totalement différentes de la pathologie, du psychisme et de l'étiopathogénie des troubles.

LES CLASSIFICATIONS SYNDROMIQUES

Les classifications syndromiques sont *pragmatiques* et reposent avant tout sur la stabilité d'associations de signes pathologiques auxquels elles vont donner un nom précis. Ces signes doivent être clairement définis pour être facilement repérés par les praticiens et les différentes techniques d'analyses multivariées (notamment les analyses factorielles des correspondances ou les analyses typologiques ou encore les analyses discriminantes) permettent d'assurer la pertinence du regroupement syndromique qui doit bien correspondre à ce que l'on retrouve dans la nature. La description d'un trouble est *pertinente* lorsque les praticiens peuvent le reconnaître sans ambiguïté et

lorsque les techniques fiables d'analyse des données montrent qu'il correspond à un regroupement significatif de signes et, donc, valide statistiquement la classification. La distinction entre *syndrome* (ensemble de signes stable pouvant coexister avec différentes maladies) et *maladie* (entité irréductible à une autre) permet de comprendre que les classifications comme le DSM-IV [1] puissent accepter que plusieurs troubles se retrouvent chez un sujet et qu'ils ne soient pas exclusifs. Le problème, toujours délicat, du rapport entre les attributs et les essences est ainsi simplifié puisqu'un même sujet peut *avoir* un trouble de l'humeur *et* un trouble lié à une substance *et* un trouble psychotique bref par exemple. Bien que nous soyons dans le registre des attributs, certaines incompatibilités sont évidentes mais elles concernent l'intérieur des classes (par exemple, dans la classe « Troubles anxieux » les différents troubles sont exclusifs les uns des autres) et non pas les relations entre les classes (on peut avoir un des « Troubles anxieux » et un des « Troubles thymiques »).

Un trouble est défini par un ensemble de signes (de surface) qui peuvent être repérés par tout praticien placé dans les mêmes conditions. Le domaine de recueil de ces signes est le comportement, la communication et ce qui peut être inféré de l'activité de pensée à partir des comportements ou des propos. Ces signes peuvent être aussi reconnus à l'aide d'échelles fiables qui garantissent à l'opération de reconnaissance l'objectivité nécessaire. Mais ce type d'opérations suppose plusieurs préalables. Les phénomènes cliniques doivent être conçus comme *réductibles* à une mesure (souvent composée d'un ensemble de notes) ou à une qualification simple sans que leur nature en soit altérée. On doit supposer qu'ils sont *dénombrables* et/ou *graduables* (ce qui implique qu'ils soient clairement définis et isolés) et que l'on estime possible de discriminer les variations (*continuité*) ; l'anxiété, par exemple, doit être distinguée des phénomènes proches (peur, effroi, phobie...) et considérée comme possédant des valeurs croissantes représentées par une note située dans une relation linéaire avec le phénomène analysé. La *standardisation* implique que l'on admette leur *stabilité* et la possibilité de *répéter* les observations.

Les classifications syndromiques sont essentielles pour fournir des informations sur la nature, l'origine et le développement des troubles et permettent une prédiction de leurs conséquences et de leur évolution. Elles constituent aussi un langage, c'est-à-dire à la fois un lexique, une manière de dire les choses et une rhétorique. Elles se veulent a-théoriques et ne dépendent que de l'observation. Mais ces classifications visent, en s'appuyant sur une argumentation scientifique, à l'universalité des traits et des entités proposées, ce qui peut néanmoins avoir des effets réducteurs quant aux spécificités culturelles, tant au plan des troubles eux-mêmes que de la manière de les appré-

hender. Le problème demeure toutefois du *principe* de classification.

Aucun principe de classification n'est a-théorique ni complètement empirique et ces classifications procèdent à des choix, certains techniques (difficultés à délimiter certains troubles), d'autres délibérés. L'histoire de la psychiatrie révèle des tentatives de classification au sort malheureux. Au XIX^e siècle, Jules Cotard, dont on donna le nom au syndrome qu'il a inventé, eut ainsi le projet de décrire les délires en utilisant un autre opérateur de classification que les thèmes (persécution vs jalousie vs référence vs influence...) ou les mécanismes (illusion vs imagination vs hallucination vs interprétation vs intuition...). Il souhaitait, à partir de la négation (qui est aussi un marqueur grammatical et un opérateur logique), classer les délires en positifs et négatifs. Le projet n'eut pas de suite. Mais quelles forces auraient pu présider à son essor et à sa consécration ? La pertinence de la classification qui permet de regrouper et d'unifier certains troubles isolés que les cliniciens rencontrent, les interprétations auxquelles la classification se référant à un opérateur logique donne lieu, ou encore le fait qu'un système de pensée, une doctrine, fondée sur la logique ou utilisant l'opérateur de négation, s'intéresse à cette nouvelle classification auraient pu permettre ce développement. Ou bien faut-il admettre que si Freud, Lacan ou Hyppolite ou Green - dont les travaux intègrent la négation - en avaient fait usage, la classification de Cotard serait passée dans les mœurs théoriques ? Une des difficultés que rencontrent les classifications syndromiques est là. Comment les praticiens adhèrent-ils à une classification qui se renouvelle régulièrement pour des raisons qui tiennent plus au consensus institutionnel qu'à l'évolution des maladies ?

Mais comme, à quelques exceptions près, les troubles psychiques ne correspondent pas à des réalités biologiques ou anatomopathologiques stables clairement établies, et que les entités sont découpées en fonction de la régularité d'association de signes (et non pas de facteurs étiologiques attestés ou hypothétiques), l'activité de *nomination* qui prévaut n'est pas sans présupposés même si elle se dit a-théorique. La disparition de l'hystérie et la constitution des Troubles thymiques en catégorie hyperinclusive peuvent témoigner d'autre chose que de l'examen scrupuleux de l'évolution de la pathologie à notre époque. Malgré tout, l'empirisme n'est pas sans principe et « l'invention » d'une classification n'est pas simplement une activité scientifique. Elle répond aussi à un projet épistémologique qui concerne la discipline. Si le critère de pertinence d'une classification est déterminant, la mise en cause - grâce à la classification - de conceptions antérieures ne l'est pas moins. Il est clair que la pertinence du DSM-III, sa volonté d'un langage commun et de la non-ambiguïté des notions se sont associées à l'idée de remettre en cause l'hyperdé-

veloppement dans la théorie de maladies comme l'hystérie, la névrose ou la schizophrénie dont la place prépondérante était soutenue par des théories psychodynamiques, peu rigoureuses il est vrai, dans la description des phénomènes naturels. Mais quel sort dramatique que celui de l'hystérie dans la nosologie : rejetée par les aliénistes du XIX^e siècle, elle est réintroduite par Charcot, puis répudiée par Babinski, recueillie par Freud, abandonnée par les post-freudiens, chérie par Lacan puis exclue par le DSM-III !

Ces classifications sont certes pertinentes pour le diagnostic, la communication entre spécialistes permise par la transparence - relative — du langage scientifique, l'approche des maladies et la recherche planifiée, voire pour les projets de santé publique. Il rapproche la psychiatrie de la médecine, du moins dans ses aspects descriptifs et répond en cela à un vœu qui a animé la psychiatrie depuis ses débuts. Peut-être le fantasme d'une psychiatrie solidement appuyée sur le modèle biomédical, organiciste, est-il présent dans le projet des classifications syndromiques. Mais cette pertinence se limite à certains domaines comme l'approche de la personnalité, et de certains troubles moins irrécusables que les schizophrénies, les troubles thymiques ou les troubles anxieux (en particulier ceux qui ont un lien fort avec des situations culturelles ou sociales). Les critiques du DSM-III (Vaillant [20]), Zimmerman *et al.* [21]) n'ont d'ailleurs pas manqué de souligner ces éléments.

La question de la personnalité est exemplaire. Ces classifications décrivent avec beaucoup de pertinence, et selon une approche catégorielle, des types de personnalité qui sont des déviations particulières. Les traits de personnalité sont décrits par le DSM-IV comme « des modalités durables d'entrer en relation avec, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles » (DSM-IV, p. 740). Or, cette description reste superficielle, positiviste, et ne permet nullement d'inférer ce qui produit ces traits considérés comme stables. L'individu apparaît alors comme le porteur d'attributs cernables de l'extérieur, sans réelle interaction avec lui. La distinction entre individu et maladie est, dans ces approches héritières du modèle médical, particulièrement nette. Mais, pour des raisons qui tiennent à la spécificité de la psychiatrie, l'individu n'est pas pour autant considéré comme un sujet doté de conscience réflexive « saine », obscurcie par la présence de traits (attributs) pathologiques. Aussi ces classifications sont-elles plus adaptées à l'analyse du cours de la *maladie* qu'à l'étude de l'évolution d'une personne ou d'un *sujet* (Legendre [16]).

LES CLASSIFICATIONS TYPOLOGIQUES

A l'inverse, les classifications *typologiques*, souvent issues des théories psychodynamiques ou phénoménologiques, très liées à la culture scientifique de certains pays, réduisent le nombre d'entités à quelques configurations qui ne sont pas décrites uniquement en termes de traits extérieurs discrets (signes) mais à partir de processus psychologiques - souvent inférés - supposés étiologiques ou pathogéniques. Ainsi, dans la psychanalyse, la description de la névrose fait-elle plus référence au mécanisme de refoulement et aux avatars de l'Œdipe qu'aux signes spécifiques des névroses. La nosographie se réduit ainsi à quelques entités nommées parfois « organisations » ou bien « structures » : névrose, psychose, perversion ou bien état-limite... Ces organisations n'ont pas de projet descriptif mais heuristique. Le problème n'est pas spécifique de la psychanalyse ; la réflexion phénoménologique, tout en restant plus proche des entités kraepelinienne, n'a pas manqué de se dégager aussi des phénomènes concrets, de l'immanence, pour s'interroger sur le « vécu » - intuition des essences — qui ne saurait être confondu avec l'« éprouvé », plus proche du ressenti (Tatossian [18,19]). Le problème n'est donc plus le comportement manifeste mais la place qu'il occupe dans un système.

Freud avait ouvert la voie de manière exemplaire en opposant les névroses de *transfert* (hystérie de conversion, névrose obsessionnelle, névrose d'angoisse) aux névroses *actuelles* (névrose d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie) en utilisant comme principe discriminant l'étiologie et, implicitement, l'efficacité de la parole dans le transfert. Il postulait alors que si la sexualité était bien à l'origine de ces deux types de pathologies, dans les névroses actuelles le trouble n'avait pas d'origine infantile et le symptôme était dépourvu de sens symbolique, son analysabilité étant de ce fait très limitée. Or cette classification, qui semble opposer *refoulement* (de la représentation) et *répression* (des affects sexuels), passé (l'Œdipe comme moment fondateur) et présent, pose un problème clinique tout à fait intéressant : le symptôme nucléaire de l'hystérie d'angoisse est la phobie, symptôme que l'on retrouve dans la névrose d'angoisse (Freud [8]) qui ne saurait être considérée comme un des avatars de l'Œdipe. Si la phobie de l'hystérie d'angoisse s'interprète à la lumière des différentes théories du refoulement et de l'angoisse (*La Naissance de la psychanalyse* [10], *Introduction à la psychanalyse* [11], *Inhibition, symptôme et angoisse* [9]), celle de la névrose actuelle, pourtant sémiologiquement identique, ne saurait être considérée comme une formation de l'inconscient, un représentant d'un contenu inconscient, mais bien comme une liaison de l'angoisse à une représentation substitutive. Ce n'est donc plus le symptôme manifeste

qui est opérant dans la classification ou qui sert de base pour inférer des mécanismes psychologiques, mais c'est bien l'organisation psychique qui donne au symptôme son sens et sa fonction. Il reste que la « névrose actuelle » est une catégorie d'exclusion puisqu'elle signe ce qui échappe à l'efficace de la parole dans la cure. Le terme de « névrose de transfert » désigne bien, en revanche, l'axe central de la névrose : ce que la cure induit et ce qui est accessible « sous » transfert.

En utilisant des classes peu nombreuses mais larges, on aboutit à ranger sous la même appellation des phénomènes extrêmement différents. On en viendra ainsi à annuler - en s'appuyant sur l'idée que normal et pathologique sont dans un rapport de continuité et qu'il s'agit d'une question de quantité - la différence entre la présence de symptôme et l'absence de telles manifestations. Sous le terme d'hystérie - « structure hystérique » - on va désigner à la fois des patients présentant au regard de la psychiatrie des signes manifestes (conversion, troubles de la personnalité, troubles fonctionnels...) et des patients indemnes de toutes manifestations pathologiques cernables. L'attention portera plus sur les formations de l'inconscient ou sur les équilibres résultant de la résolution des conflits entre désirs et interdits, entre interne et externe, entre narcissisme et relation d'objet que sur les symptômes eux-mêmes. Il y a plus de liens entre la Carmen (de Bizet) et Anna O., entre le Petit Hans et Dora, qu'entre l'Homme aux rats et l'Homme aux loups (si on l'estime de structure psychotique). L'existence de ces cas exemplaires renforce d'ailleurs, s'il en était besoin, la dimension *typologique* (*idéal type* au sens de Max Weber) plus que la dimension *taxinomique* (*critérielle*). Paradoxalement, le lien étroit établi entre névrose et normalité renoue implicitement avec la thèse de la *maladie unique* du XIX^e siècle, la psychose (plus que les psychoses) demeurant un mode particulier d'être irréductible à toute autre organisation et toute autre forme de rapport au réel.

Construire une classification à partir d'un mécanisme fondateur du trouble (refoulement vs déni de la différence des sexes vs rejet ou forclusion ou déni de la réalité), distinguer des formes cliniques à partir des mécanismes secondaires de défense contre les effets du mécanisme fondateur (conversion de l'affect vs déplacement de l'affect), tout en ayant une conception étiopathogénique faisant référence à la prime enfance, concourt en fait à répondre implicitement à la question naïve « qu'était un malade avant d'être malade ? ». La plupart des théories étiologiques, qu'elles soient psychanalytiques, phénoménologiques ou autres (Ionescu, 1991), considèrent que l'irruption du trouble manifeste, celui qui est constaté par les classifications psychiatriques, n'est qu'un phénomène secondaire à un type d'organisation psychique dont l'équilibre a été remis en cause sous l'influence d'événements

extérieurs ou, plus certainement, de changements internes (manifestations pulsionnelles, conflits...). L'origine du trouble est rapportée à des positions infantiles (Œdipe) dans lesquelles le sujet, pour se protéger contre un risque, limite en même temps son fonctionnement psychique et établit un compromis instable que les événements internes ou externes vont remettre en cause. L'apparition de la maladie, au sens psychiatrique du terme, sera alors considérée comme un phénomène certes pathologique, témoignant de l'échec des équilibres antérieurs et aussi comme une tentative - avortée - de guérison. On conçoit alors que ces classifications puissent évoquer de manière proche les patients porteurs de symptômes et ceux qui, ayant élaboré le même type de configuration psychologique, maintiennent un équilibre interne.

Mais ces classifications, contrairement par exemple à celles reposant sur les principes de Kraepelin, ne sont pas produites à partir de l'observation d'un sujet en situation d'examen ou scruté dans sa vie institutionnelle, mais dans le cadre d'une activité thérapeutique au long cours dans laquelle il s'agit avant tout d'une co-construction du sens entre un thérapeute et un patient. Il est patent que le temps, la parole et la relation intersubjectives sont les conditions nécessaires de la constitution de ces nosographies qui restent fidèles à cette notion de sens et à la fonction herméneutique. Leur première tâche est de permettre au praticien de s'orienter dans les discours d'un sujet et de ramener ses positions subjectives à une série limitée d'opérations. Si la clinique subjective - au sens de ce qui est propre à chaque personne - est sans limites, les processus sont eux repérables et correspondent à un petit nombre de répétitions, d'associations de mécanismes et de positions typiques. On comprend alors que le concept de « *structure* » (Bergeret [3], Lacan [14], Chabert [5]), hérité de la linguistique (« ensemble d'éléments en interdépendance mutuelle »), ait connu un tel retentissement puisqu'il désigne une organisation complexe, qui permet de ramener les phénomènes à une combinatoire et qui s'inscrit directement dans le langage.

Se dégageant de la situation qui les a permises (la thérapie et l'évolution du patient) elles s'intéressent par extension à des troubles qui ne concernent pas forcément leur champ d'application. On a vu ainsi la psychanalyse, analyse du névrotique par excellence, proposer des interprétations de troubles auxquels elle avait peu accès et donner une place dans sa (ses) nosologie(s) aux psychoses, voire à ce qui appartient au registre des troubles du comportement comme la boulimie, l'anorexie, la toxicomanie ou l'alcoolisme (Pedinielli *et al.* [17]). Pour ce faire, elle emploie deux méthodes distinctes mais complémentaires, l'étude de cas et le raisonnement par analogie. L'étude de cas de patients présentant un type de pathologie permet de définir des trajectoires singulières mais aussi

les mécanismes essentiels qui président à l'apparition du trouble. La question de savoir si l'examen du mode d'organisation du sujet éclaire la compréhension du trouble reçoit de la part de ces classifications une réponse favorable dans la mesure où la théorie ne portera pas sur le trouble en tant qu'entité mais la manière dont un sujet témoigne — inconsciemment - de sa constitution, et ce, dans l'espace déterminé par le cadre et les concepts de la psychanalyse. Le raisonnement par analogie permettra, après généralisation des connaissances issues du cas, de transposer dans l'analyse de l'entité des concepts issus d'autres entités, qu'il s'agisse de modèles analogiques positifs (le trouble à étudier, par exemple la toxicomanie, est lu grâce au modèle d'un autre trouble déjà connu, par exemple la perversion) ou négatifs (le modèle du trouble se dessine par opposition avec un autre trouble, par exemple l'hystérie sert de modèle négatif pour définir l'organisation psychosomatique).

Contrairement aux précédentes, ces classifications ne sont donc pas a-théoriques, empiriques, mais elles concernent l'essence du trouble - et non pas l'existence des signes — et visent à la fois à restituer la dimension du sujet, de son fonctionnement interne, et à donner un sens aux symptômes. Elles permettent de ce fait de mieux étudier l'évolution d'un sujet dont on ne dira plus qu'il *a* (registre de l'attribution) une psychose mais qu'il *est* (registre de l'Etre) psychotique. Comme toutes les constructions émanant d'une théorie et s'intéressant aux essences, comme toutes théories issues d'une pratique singulière, elles présentent plusieurs difficultés.

D'une part elles ont une validité limitée dans la pratique pour la définition stricte et la description des troubles, dans la mesure où elles font une large place à l'interprétation, aux spécificités individuelles et au raisonnement inférentiel dans la reconnaissance de l'entité par le praticien, ce qui rend parfois délicats les débats pour assurer clairement le type d'entité dont il s'agit. Le « fonctionnement psychique » d'un sujet est particulièrement difficile à reconnaître et les moyens conceptuels ne sont pas toujours aussi clairs que ceux de la sémiologie, la distinction classique entre observation (recueil des faits cliniques) et interprétation du matériel recueilli étant parfois abolie. Les débats autour de la notion d'état-limite montrent bien que le concept peut être abusivement élargi et qu'il est alors subdivisé en de multiples formes qui entretiennent un rapport éloigné avec la classe. Ces classifications étiologiques peuvent ainsi regrouper des réalités cliniquement différentes (sous le terme d'hystérie on retrouve par exemple des tableaux cliniques extrêmement variés) et perdent en pertinence clinique ce qu'elles gagnent en simplification. Il faut parfois alors une nouvelle conceptualisation qui rende compte des phénomènes secondaires et les différences entre certains groupes de sujets, avec le risque de

produire des « *théories-reflet* » qui ne font que nommer en langage conceptuel ce que perçoit l'approche du sujet. Si la théorie de la psychose organise bien une opposition entre le modèle de la schizophrénie et celui de la paranoïa par exemple, il n'existe pas vraiment de modèle satisfaisant de la psychose hallucinatoire chronique alors que la clinique quotidienne montre bien les particularités de ce type de troubles.

D'autre part, ces classifications peuvent être utilisées non pour s'interroger sur ce qui peut être sous-jacent à l'état d'un sujet, mais pour affirmer - par raisonnement inductif - l'existence probable de certains mécanismes ou de positions psychologiques qui n'ont pas été pour autant constatés. La notion de structure notamment, employée de manière stricte, entraîne de notables difficultés. En considérant comme négligeable la différence entre des sujets aux symptômes avérés et des sujets asymptomatiques mais au fonctionnement supposé identique, on peut très bien en arriver à concevoir l'existence probable de certains mécanismes (refoulement, déni...) ou de certains invariants (angoisse de castration, angoisse de perte d'objet...) chez un sujet. On projette alors sur le sujet une conception théorique a priori dans laquelle il ne s'inscrit nullement. De la même manière le risque est grand d'inférer à partir d'un tableau sémiologique restreint un mode de fonctionnement psychique et d'en inférer les positions subjectives probables : par exemple on infère de la présence de phobies, l'existence d'une structure hystérique pour considérer que les actes du sujet sont guidés par la quête phallique. Comme les conceptions qui soutiennent les classifications étiologiques visent les essences et l'Etre du sujet, on imagine sans peine les risques pratiques qui résultent de telles erreurs de conceptualisation et de raisonnement.

Enfin, ces classifications ne sont pas seulement le fait de praticiens ayant une activité thérapeutique centrée sur le discours des patients dans le cadre analytique ou psychothérapique, discours qui doit être sorti de son contexte pour prendre sens. Elles sont largement utilisées dans le cadre psychiatrique ou psychologique, voire expertal, c'est-à-dire dans une pratique qui n'offre pas forcément les garanties, pour l'usage de ces classifications, de la pratique analytique. Comme leur validité repose sur cette pratique il est parfois difficile de passer du plan de l'expérience clinique psychiatrique à la « *clinique sans transfert* » en annulant les spécificités de cette dernière. Il est alors plus inquiétant de raisonner en termes de structure, celle-ci étant considérée comme irrévocable, qu'en termes de maladie et de troubles, dont on estime qu'ils ne sont que des attributs de la personne.

CONCLUSION

Ces deux types de classification aux mérites et aux défauts différents invitent à considérer le champ de l'activité pratique et non pas seulement les paradigmes, les théories de référence. Trois notions peuvent être ainsi distinguées à titre d'illustration : la maladie, le malade et le sujet. Le rôle de la médecine, en tant que corpus de savoir, est d'abord — mais pas exclusivement — de s'occuper des *maladies*. Les classifications syndromiques participent de ce projet. Leurs validités *empirique* (correspondance des résultats aux classifications cliniques), de *contenu* (adéquation de l'instrument au domaine ou à l'objet d'étude), *concomitante* (corrélations de la classification à d'autres types de mesure des mêmes faits) sont soit assurées soit réfutables. Toutefois leur validité *interne* (aussi appelée « construct validity » ; congruence entre les mesures et les objets théoriques) n'est pas facile à apprécier.

En revanche, les doctrines comme la psychanalyse, la phénoménologie sont issues de pratiques visant à la fois à comprendre la subjectivité du patient, son système de communication et la manière dont il construit son monde, et à produire des connaissances générales rendant compte du fonctionnement psychique. Même si la plupart des doctrines psychopathologiques ne reconnaissent pas le terme, elles se fondent sur une théorie du *sujet* qui est irréductible à ses attributs. La question centrale est alors celle de la genèse de la souffrance d'un sujet, de la fonction et du sens des symptômes, mais aussi de son rapport à lui-même. Qu'il s'agisse du sujet de l'Inconscient ou de la subjectivité phénoménologique, la question de la maladie est secondaire, la théorie du sujet fournissant des éléments pour la compréhension de certains aspects de celle-ci, mais maladie et sujet restent deux choses différentes, même si certaines formulations sur la psychose peuvent laisser penser que les deux pourraient se confondre en certaines occasions. Les classifications typologiques qui s'en inspirent ont sans doute une validité empirique limitée mais leur validité interne est extrêmement satisfaisante. Le *malade* est l'individu concret chez lequel s'incarne le sujet et qui peut être le « porteur » de la maladie. Les classifications, quelles qu'elles soient, ne portent pas sur le malade mais c'est bien à son propos que peuvent se rencontrer et collaborer des paradigmes et des classifications distincts et en grande partie opposés. La question de l'usage des classifications est bien celle du *service* rendu au malade, service qui dépend de la tâche à laquelle se consacre le clinicien.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] American Psychiatric Association (1994) : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV*, Paris, Masson, 1996.
- [2] BERCHERIE (P.) : *Les Fondements de la clinique*, Paris, Navarin édit., 1980.
- [3] BERGERET (J.) : *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1974.
- [4] BIDEAUD (J.), HOUDE (O.), PEDINIELLI (J.-L.) : *L'Homme en développement*, Paris, PUF, 1993.
- [5] CHABERT (C.) : « Les approches structurales », in : D. Widlöcher, *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, 1994.
- [6] FOUCAULT (M.) (1963) : *La Naissance de la clinique*, Paris, PUF (2^e édition revue), 1972.
- [7] FOUCAULT (M.) : *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
- [8] FREUD (S.) (1895) : « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de "névrose d'angoisse" », in : *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1973.
- [9] FREUD (S.) (1926) : *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1965.
- [10] FREUD (S.) (1892-1902) : *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1952.
- [11] FREUD (S.) (1916-1917) : *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1951.
- [12] GEORGE (C.) : *Polymorphisme du raisonnement humain*, Paris, PUF, 1997.
- [13] HUBER (W.) : *L'Homme psychopathologique et la psychologie clinique*, Paris, PUF, 1993.
- [14] LACAN (J.) (1961) : « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache », in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- [15] LANTERI-LAURA (G.) : « Classification et sémiologie », *Confrontations psychiatriques*, 24, 1984, pp. 57-77.
- [16] LEGENDRE (P.) : « Classification et connaissance. Remarques sur l'art de diviser et l'institution du sujet », *Confrontations psychiatriques*, 24, 1984, pp. 41-55.
- [17] PEDINIELLI (J.-L.), ROUAN (G.), BERTAGNE (P.) : *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF, 1998.
- [18] TATOSSIAN (A.) : *Phénoménologie des psychoses*, Paris, Masson, 1979.
- [19] TATOSSIAN (S.) : *Quatorze approches de la psychopathologie*, Paris, Nathan, 1991.
- [20] VAILLANT (G.-E.) : « The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages », *Am. J. Psychiatry*, 141, 4, pp. 542-545.
- [21] ZIMMERMAN (M.), JAMPALA (C.), SIERLES (F.S.), TAYLOR (MA.) : « DSM-IV : a nosology sold before its time ? », *Am. J. Psychiatry*, 148, 4, 1991, pp. 463-467.

PEDINIELLI (J.-L.), BERTAGNE (P.), GIMENEZ (G.) : *Classifications syndromiques et classifications psychopathologiques : maladie et sujet*, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 75, 3, 1999, pp. 289 à 295.